Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Canada

Stroke Program
Guidelines

88-01881/

REPORT OF THE SUB-COMMITTEE
ON INSTITUTIONAL PROGRAM GUIDELINES

GUIDELINES FOR ESTABLISHING STANDARDS FOR UNITS/SERVICES/PROGRAMS IN INSTITUTIONS

STROKE PROGRAM

Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare
1986

Également disponible en français sous le titre
"Programme de traitement des accidents
cérébro-vasculaires"

IMPORTANT

The information contained in these guidelines was current at the time of publication. When using the guidelines it should be remembered that certain aspects of the delivery of health care and health technology are changing rapidly. Should you identify any out-of-date material in the text, please inform:

The Secretariat
Sub-Committee on
Institutional Program Guidelines
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and
Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Further copies of these guidelines in both official languages can be obtained from the above address.

©Minister of Supply and Services Canada 1986
Cat. No. H 39-22/1986E
ISBN 0-662-14954-8

TABLE OF CONTENTS

	PAGE
GENERAL INTRODUCTION	v
LIST OF PARTICIPANTS	ix
PREAMBLE	1
GUIDELINES	2
GENERAL	2
1. Patient Load and Bed Requirements	3
2. Recommended Distribution of Units	4
3. Administrative Policy, Procedures and Control	4
4. Staff Establishment and Coverage	6
5. Staff Training and Qualifications	8
6. Other Resources, Departments and Services	8
7. Space Allocation, Utilization and Special Design Features	10
8. Equipment	11
9. Geographic Relationship to Other Departments and Services	11
REFERENCES	12

ANNEXES

Annex A	Administrative Organization, Policies and Procedures for Units/Services/Programs in Hospitals	13
Annex B	List of Guidelines for Units/Services/Programs in Hospitals	18

GENERAL INTRODUCTION

Background

Advances in health technology and changes in the planning and delivery of health care have contributed to an increasing demand for specialized care facilities and services in institutions. A dramatic rise in the number of intensive and specialized care facilities and services in hospitals has occurred in recent decades due to rapid technological development in electronics and automation, and as a result of new approaches to patient care. These changes have produced demands for physical facilities, specialized equipment and highly trained health manpower. In addition, health care professionals are increasingly emphasizing the need for continuum of care from prevention of illness to chronic care in the community with admission for institutional care being a potential part of this continuum. Identification of required service linkages is therefore necessary.

Consequently, there is a continuing need for guidelines for standards to assist those involved in planning, organizing and operating institutional programs and services.

Mandate

In 1972, health authorities in Canada recognized the need for guidance in this area and the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Insurance commissioned the Working Group on Special Services in Hospitals to create guidelines for standards to provide a reliable definition of requirements for a number of special care facilities and services.

Guidelines were developed by the Working Group for 14 units and services, and, in 1975, these were published under the title "Guidelines for Special Care Units in Hospitals". This volume was widely

distributed to provincial health and hospital authorities, and to national and international health organizations, and has been adopted by many as a guide.

The continuing development of existing and new health technologies, together with changes occurring in the pattern of health care delivery, gave impetus to the updating of the 1975 guidelines, and to the development of guidelines in additional areas. In May 1982, the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services granted the Working Group continuing status as a sub-committee of the Advisory Committee, called the Sub-Committee on Special Services in Hospitals. With the continued broadening of the scope of the work, the name was again changed in 1985 to the Sub-Committee on Institutional Program Guidelines. A complete list of guidelines published or being prepared by the Sub-Committee is annexed.

Methodology

The guidelines published in 1975 were developed on the principle of a consensus of information, knowledge, experience and expert opinion obtained from appropriate organizations and individuals throughout Canada. They were based, where possible, on guidelines developed in Canada and on authoritative sources in other countries. This approach has been generally acceptable to government and hospital authorities and the health professions.

The present guidelines were prepared on a similar basis. On this occasion, in addition to input from provincial authorities, the expert opinion of health professionals was obtained through formally designated representatives of national health organizations representing the activities involved in each specific service. It is certain that many hundreds of health professionals from every area of

the country have provided expert input in these guidelines by this method, and have thus provided a truly Canadian consensus on these topics.

Suggested Purpose of the Guidelines

The guidelines should not be regarded as rigid standards. Their application may vary throughout Canada and it is the prerogative of each province to accept, modify or reject the guidelines according to provincial priorities.

The purpose of the guidelines is to provide a definition of requirements for a number of institutional facilities and services. They are not intended to provide standards for clinical practice.

Where development of a unit/service/program (hereinafter referred to as program) is under consideration, the guidelines will assist planners and government health authorities in determining the need for such a program, and in assessing the total potential impact of a new program on existing and projected services, both at the local and regional levels. Deficiencies in existing services can be identified, and in some cases these can be corrected without the need to develop a new program.

Where a program already exists in a facility, the guidelines will help to identify problem areas related to administration, personnel, equipment and physical facilities. They will help to determine necessary remedial action and to set priorities for corrective measures on the basis of clinical need, fiscal realities and the degree to which a deficiency in the physical facilities impedes adequate functioning of the program.

Future Revisions

Because of the rapidly changing nature of health care, the guidelines will require regular revision. The Sub-Committee will plan and oversee revision of the guidelines.

Acknowledgements

The Sub-Committee acknowledges with sincere appreciation, the immense amount of work undertaken and time given by practising health professionals in Canada, in providing detailed written information and guidance in the preparation of these guidelines. In addition, we wish to thank the many others who, in any way contributed advice and information to this endeavour.

LIST OF PARTICIPANTS

The membership of the Sub-Committee on Institutional Program Guidelines, responsible for the preparation of the new and updated guidelines, is as follows:

Mr. Donald F. Moffatt, Chairman
Director
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. William M. Allwood
Assistant Deputy Minister
Insured Services
Department of Health
FREDERICTON, New Brunswick

Mr. Derek J. Beckley
Director
Program Planning Branch
Hospital Services
Alberta Hospitals and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mrs. Primrose Bishop
Nursing Consultant
Hospital Services Division
Department of Health
ST. JOHN'S, Newfoundland

Dr. Gordon A. Judge
Vice President, Professional Services
Toronto Western Hospital
TORONTO, Ontario

Mrs. Phyllis MacDonald
Standards Officer
Urban Health Facilities Division
Manitoba Health Services Commission
WINNIPEG, Manitoba

Dr. Jules Martin
Director of Professional Services
Centre hospitalier régional de Lanaudière
JOLIETTE, Quebec

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. André H. Nolet
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Dr. Robert Seaver
Senior Medical Consultant
Institutional Division
Institutional Operations Branch
Ministry of Health
TORONTO, Ontario

Mrs. Janet Stow
Project Manager
Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

WORKING GROUP ON STROKE SERVICES (DISBANDED)

The original guidelines on Stroke Services were prepared for the Sub-Committee on Special Services in Hospitals by a Working Group which included the following designated experts: Mrs. B. Browne (Hamilton, Ontario), Dr. D. Collins (Toronto, Ontario), Dr. V. Hachinski (London, Ontario), Mr. M.M. Hayes (Wingham, Ontario), Dr. G.A. Judge (Toronto, Ontario) and Mrs. A.N. O'Leary Brochu (National Health and Welfare Department, Ottawa).

1986 GUIDELINES REVISION

WORKING GROUP ON STROKE SERVICES

The Working Group on Stroke Services responsible for revising the 1981 edition of the guidelines was composed of the following members:

Mrs. Christie Benchley
Representative
Canadian Association of Occupational Therapists
Lyndhurst Hospital
TORONTO, Ontario

Dr. Peter Cameron
Secretary Treasurer
Canadian Association of Physical Medicine and Rehabilitation
LONDON, Ontario

Dr. Eric Dehoux
Physiatrist
Royal Ottawa Regional Rehabilitation Centre
Royal Ottawa Hospital
OTTAWA, Ontario

Mrs. Elaine Macleod
Manager, Rehabilitation Services
Special Programs Branch
Alberta Hospital and Medical Care
EDMONTON, Alberta

Mr. David L. Martin
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional
Services Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mr. André H. Nolet
Consultant in Health Administration
Institutional and Professional Services
Division
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
OTTAWA, Ontario

Mrs. Marguerite Pascal
Director, Nursing Rehabilitation
Royal Ottawa Regional Rehabilitation Centre
Royal Ottawa Hospital
OTTAWA, Ontario

Mrs. Barbara Purves
Representative
Canadian Association of Speech/Language
Pathologists and Audiologists
Health Science Centre
University of British Columbia
VANCOUVER, British Columbia

Mrs. Gwenn Roberts
Director-at-Large
(Clinical Practice)
Representative
Canadian Physiotherapy Association
TORONTO, Ontario

Dr. David J. Spence
Victoria Hospital
Westminster Campus
LONDON, Ontario

STROKE PROGRAM

Preamble

As a result of effective control of high blood pressure, the age adjusted incidence of stroke has dropped dramatically in the past 10 years. However, the problem will remain important because as the population ages, it can be expected that the absolute numbers of patients with stroke will remain high. Also as a result of effective blood pressure control, the pattern of stroke is changing: a much smaller proportion of strokes are due to brain hemorrhage which means that an increasing proportion will be due to other causes including carotid atherosclerosis. This change leads to an increased emphasis on early accurate diagnosis to determine what acute interventions are needed.

The recent changes in the diagnosis and management of the stroke patient may be contributing to the decrease in mortality rate from strokes (1). Studies in an acute stroke unit have shown that many patients get worse after admission and the condition of these patients may be amenable to treatment.(2)

Since strokes vary greatly in severity from transient ischemia to devastation, all patients do not need the same management. A flexible "stroke program" may be preferable to a fixed "stroke unit", to achieve the objectives of stroke management.

GUIDELINES

GENERAL

OBJECTIVES OF THE VARIOUS PHASES OF TREATMENT

Diagnosis:

Initial assessment would undertake to rule out acute brain dysfunction of a non-vascular origin (e.g. metabolic disturbances, infections, neoplastic or traumatic); to differentiate hemorrhage from infarction; to identify a cardiac source of emboli (that would dictate the need for anti-coagulation); to identify other acute medical problems requiring medical management (such as myocardial infarction which occurs in eight per cent of cases).

Diagnostic techniques (e.g. angiography) may be required to establish the etiology and pathogenesis of the stroke in order to direct treatment and to prevent recurrence.

Support:

Patients with life-threatening stroke may have cardiovascular and respiratory problems requiring a level of support which may be most appropriately administered in a standard intensive care unit.

Treatment to Minimize the Extent of Brain Damage:

Use of Calcium channel antagonists, free radical scavengers, etc. and treatment to reduce cerebral edema are evolving fields of research. It would be desirable for such treatments to be used in a setting of controlled observation in order to avoid proliferation of unproven and possibly toxic therapies.

Treatment to Minimize the Disability:

Rehabilitation measures should be initiated as early as possible and staged according to the progress of the patient. Prevention of avoidable problems (e.g. shoulder subluxation, pressure areas, contractures) should begin with a rehabilitation assessment as early as the intensive care phase and to continue through hospitalization and on into the outpatient stage.

Prevention of Recurrence:

Prevention begins with accurate diagnosis and continues with discharge planning for outpatient management of risk factors.

1. PATIENT LOAD AND BED REQUIREMENTS

The incidence of stroke in Canada is not known. Based on U.S. data it can be expected that 150-250 strokes/100,000 pop. would occur annually (2). The following estimates of bed requirements are based on 250 strokes/100,000 pop. annually.

Whenever possible, it is desirable that patients with stroke or threatened stroke be admitted to a designated ward (acute care level). Unstable patients may require temporary transfer to an intensive care unit. Assuming that 20 per cent of patients require admission in intensive care for 4 days (average), 90% (admissions minus early deaths) will spend 14 days in acute care beds, and 30 per cent of patients will spend an average of 40 days in rehabilitation beds, and assuming 80% occupancy, then the annual bed requirements per 100,000 population would be as follows:

0.7 intensive care beds (200 I.C.U. bed-days)
11 acute care beds
10 stroke rehabilitation beds

20 per cent of patients can be expected to require chronic institutional care amounting to 50 patients per 100,000 population, per year.

In addition to the above, existing beds may be blocked by lack of placement facilities. Similarly where appropriate resources are not available in the patients' community, the duration of the rehabilitation phase may be prolonged.

2. RECOMMENDED DISTRIBUTION OF UNITS:

With the exception of remote areas, a regional stroke program should have a minimum population catchment area of 300,000.

3. ADMINISTRATIVE POLICY, PROCEDURES AND CONTROL[1]

3.1 Program Medical Direction:

A program medical director should be appointed to coordinate the organization and general management of diagnostic and treatment services into a system of care. This should include establishment of policies and procedures, planning, staffing, education, research, evaluation and advocacy within involved facilities and agencies. Where individual units exist, an overall program director should coordinate these facilities within a program.

3.2 Program Organization:

The organization of the program may vary from region to region. The program could consist of individual units in separate hospitals, working and cooperating together as part of a formalized, well integrated and coordinated system of care.

There should be a systematic, interdisciplinary team approach to treatment management, incorporating

---

[1]See also Annex A, p. 13

appropriate policies and procedures, developed with input from all involved disciplines. These policies and procedures should demonstrate a continuum of care as opposed to discrete packages of care to ensure effective management of the patient.

In all cases, the acute care phase of the stroke program should be centered in hospitals which have access to a CT Scanner and other necessary diagnostic and support facilities. The rehabilitation phase could be carried out in other hospitals in the region including rehabilitation hospitals. To support a stroke program within an acute care facility, a minimum of 5 beds should be designated for rehabilitation.

Comprehensive discharge planning will ensure that all services required by the individual patient are available in the proposed receiving facility or program.

In the post-rehabilitation maintenance phase, in order to maintain the patient at an optimum functional level, appropriate institutional and community support services should be provided to patients and their family.

Within the program there should be mechanisms for follow-up care, quality assurance and evaluating the system of stroke management and its outcomes. As well, it should promote and evaluate research into all aspects of stroke and its prevention.

3.3 Responsibilities of Staff:

For this type of stroke care program it is essential to hire sufficient staff who have a high degree of self-direction and professional maturity to assume the responsibilities that are expected.

Duties and responsibilities for each category of staff should be in written form and be readily available to each staff member. In order to ensure continuity of care and consistency of approach some flexibility in

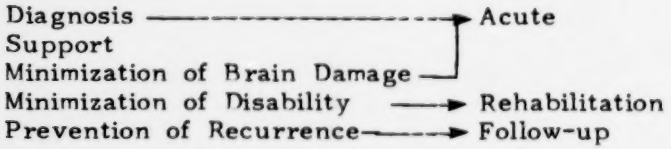
roles is essential. Staff should be prepared to make a commitment to work within the framework of an interdisciplinary milieu. Long-term commitment to the program is desirable for consistency of services.

All staff members must participate in the stroke team and time must be set aside for interdisciplinary conferences, family meetings, program development, educational presentations to the community and continuing education.

4. STAFF ESTABLISHMENT AND COVERAGE

4.1 Program Medical Director and Medical Staff:

The medical director of the Stroke Management Program will coordinate the integration of the 5 elements of the stroke program.



The medical director should be an appropriately qualified physician, preferably a physiatrist, neurologist or internist.

The acute care phase should be staffed by an appropriately qualified physician such as a neurologist or internist.

The stroke rehabilitation hospital or unit should be staffed by an appropriately qualified physician, preferably a physiatrist. This physician should also be the consultant to the family practitioner and assume responsibility for coordination of the patient's community reintegration.

The family practitioner will be the attending physician for the patient following his discharge from the rehabilitation unit or hospital and should have ready access to the medical consultants of previous stroke

management phases. Arrangements satisfactory to both the family practitioner and consultants should be made to ensure both appropriate follow-up for prevention of recurrence and rehabilitation.

It is recommended that the medical staff be responsible for developing research and teaching programs in their respective areas.

4.2 Other Members of the Inderdisciplinary Team:

4.2.1 Acute and Rehabilitation Management

During the initial, acute portion of their stay, stroke patients may need continuous nursing care. Consultations to other services such as physiotherapy, occupational therapy, chaplains, etc. should be made as required.

As a general rule, however, the number and type of patient care staff for both the acute and rehabilitation phases will be based on assessment of patient needs, as established through a patient classification system for nursing care and through appropriate work load measurement systems for other allied disciplines.

Patient care staff may include nursing personnel, physiotherapists, occupational therapists, speech and language therapists and social workers. The interdisciplinary team may also include other professions as required by the patient's needs (See section 6). Other support personnel and services (e.g. clerical) should be supplied as appropriate to the requirements of the program.

4.2.2 Community Management

The stroke program must advocate measures to promote independent non-institutionalized living conditions. Appropriate, readily available community services must be available on a long-term basis.

5. STAFF TRAINING AND QUALIFICATIONS

5.1 Medical and Interdisciplinary Staff:

Medical and interdisciplinary staff should have recognized qualifications in their respective professions and interest in stroke patients and their management. Specific training, previous experience and demonstrated skills in the care of stroke patients would be a definite asset in those being recruited for the program.

5.2 Continuing Education:

To ensure competence and quality of care for all staff, a comprehensive staff education program should be provided and should include conferences, rounds, seminars, in-hospital courses, workshops, special visits and post-graduate courses where available. Consideration should be given to the organization of a visiting outreach program between cooperating facilities to promote continuing education and assist smaller centres.

6. OTHER RESOURCES, DEPARTMENTS AND SERVICES

The needs for the following services will vary by program. Some services may assign personnel to the program, whereas others will work on a consulting basis from elsewhere in the institution or the community.

Resources specifically identified for the acute phase of stroke management may additionally be required during the rehabilitation phase.

Acute Phase: Cardio-respiratory laboratory
Clinical pharmacology
Diagnostic Imaging - computed tomography, neuroradiology, angiography
Electrocardiography
Electroencephalography

Electromyography
Laboratories (including biochemistry, hematology and bacteriology)
Neuropsychology
Neuropathology
Non-invasive cardiovascular investigation (doppler, echocardiography)
Nuclear medicine
Respiratory technology services

Rehabilitation Phase:

Audiology
Biomedical engineering
Chaplaincy
Community health services and home care
Dietary services
Driver education
Educational services
Orthotic services
Outpatient transportation for severely disabled patients
Pharmacy
Psychological services
Recreational services
Rehabilitation engineering
Sexual counselling
Vocational services
Voluntary associations
Volunteer services

7. SPACE ALLOCATION, UTILIZATION AND SPECIAL DESIGN FEATURES[2]

7.1 Bed Space:

For acute care the usual bed space for medical-surgical patients is acceptable. For rehabilitation care larger spaces are necessary to give easy wheelchair access and to allow for bilateral set-ups to match the physical and perceptual deficits of the patient.

7.2 Special Design Features:

Attention to accessibility needs in all areas is necessary such as special toilet and bath facilities, closet space with low rods for access from wheelchairs and tilted bathroom mirrors. For more explicit information or special design features, one should refer to the national and provincial building codes, as well as to the design guidelines and related health and safety legislations.

In addition, consideration should be given to the following features:

- provision of quiet areas for individual assessment and treatment in order to minimize distraction;

- provision of private areas to meet patient and family needs for privacy;

---

[2] Opinions on design information and definitions of net and gross areas may be obtained from other sources including: Space Programming Methodologies, Health Facilities Design Division, Health Resources Directorate, Health Services and Promotion Branch, Health and Welfare Canada, 1984.

- provision of a multi-purpose meeting/conference room to facilitate interdisciplinary team communication and planning;

- provision of adequate space for storage of equipment.

8. EQUIPMENT

The list of equipment required by the various phases of the stroke program should reflect its philosophy and the roles of its constituent departments. Equipment needs for the successful operation of all phases of the stroke program are extensive and expensive (e.g. technical aids, computers, etc.). Specific equipment needs will vary according to the program.

9. GEOGRAPHIC RELATIONSHIP TO OTHER DEPARTMENTS AND SERVICES

The services required by outpatients should be conveniently located for them. Where ramps are necessary, the slope should not exceed 1:12 for safe control of a wheelchair. Attention should also be given to ensuring accessibility from parking facilities.

Shared supporting services arrangements should be considered for the departments and services forming the rehabilitation program.

REFERENCES

1. Nair Cyrill, Nicholls Eric, MacWilliam Leonard, MAO Yang and Moen Julian. "Cardiovascular Disease in Canada". Health and Welfare Canada, Bureau of Epidemiology and Statistics Canada, Health Division, 1986.
"Between 1971 and 1982, there has been a 2.25 per annum decrease in male stroke deaths and a 2% per annum decrease in female stroke deaths."

2. Wade, D.T., Hewer, R.L., Skilbeck, C.E., David, R.M. "Stroke: a Critical Approach to Diagnosis, Treatment and Management". Chicago: Year Book Medical Publishers, 1985.

ADMINISTRATIVE ORGANIZATION POLICIES AND PROCEDURES FOR UNITS/SERVICES/PROGRAMS IN HOSPITALS

Guidelines for the administrative organization, policies and procedures for units/services/programs (hereinafter referred to as program(s)) in hospitals were formulated after a review of provincial, national and international information. It is hoped that the following outline will serve as a guide for the development of more comprehensive and specific program policies in order to ensure the most effective and efficient delivery of patient care in these programs.

I. ROLE AND OBJECTIVES

- Role and objectives of programs in hospitals

- Type of patients served

  - by diagnosis and/or severity of illness
  - restriction of service, if any (eg. terminally-ill patients)

- Components of program provided

II. ORGANIZATION OF PROGRAM

- Governing board responsibility

- Relationship to administrator and medical staff

- Service management

(i) Specific responsibilities of staff
  - Medical director
  - Other medical staff

- Direct patient care staff
- Other staff (administrative, technical and other)

(ii) Committees

- Membership to be defined by discipline and number
- Terms of reference to be defined
- Provision for consultation with appropriate hospital and medical staff
- Schedules for formal and ad hoc meetings

III. POLICIES FOR OPERATION OF PROGRAM

1. General

- Admission authority (identification of individual(s) who have authority to admit)

- Admission priorities:

  - Clinical condition
  - Diagnostic category

- Discharge policies and planning

- Drug and procedure (new) approval process

- Emergency admission standing orders

- Emergency delegation of responsibility to medical, nursing and/or other staff

- Ethics processes

- Handling of emergency situations including C.P.R.

- Infection control and isolation

- Length of stay by diagnosis

- Medical orders

- Palliative care, determination of death, authorization for autopsies, handling of bodies

- Patient records, reports and charting

- Referral, consultation (mandatory and other), transfer, follow-up

- Research/clinical investigation

- Routine admission standing orders

- Utilization monitoring

2. **Staff**

- Criteria for granting medical/clinical privileges

- Delineation of student and supervisor roles including responsibility, authority and accountability

- Medical coverage/staff coverage of service

- Orientation and continuing education

- Performance evaluation

- Position descriptions

- Selection criteria: education, experience, interests

- Volunteers

3. **Patient**

- Confidentiality

- Consent for treatment

- Family participation
- Patient/family education
- Patient's rights
- Patient valuables, assets and belongings
- Visiting privileges

4. **Safety**

- Equipment maintenance and safety
- Fire/disaster plans and associated isolation procedures
- Missing patient search procedures and risk identification
- Reporting of accidents and incidents
- Safety and accident prevention
- Use of restraints

5. **Quality Assurance**

- Audits: medical and nursing care, concurrent and retrospective
- Continuing evaluation of effectiveness of service
- Employee performance appraisal
- Incident reports
- Infection control
- Morbidity/mortality review
- Patient care review

- Patient status assessment on admission and discharge
- Peer review
- Practice standards
- Product and equipment use and evaluation

IV. PROCEDURES

1. Elective procedures: medical, nursing and other
2. Emergency alert system procedures
3. Medical record and statistical procedures
4. Policy and procedure manuals

LIST OF GUIDELINES FOR UNITS/SERVICES/ PROGRAMS IN HOSPITALS

The following guidelines have been prepared by the Federal-Provincial Sub-Committee on Institutional Program Guidelines, at the request of the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Care Services. Some of the guidelines are updated versions of guidelines previously published by the Sub-Committee.

Addiction Services
Adult Psychiatric Services Provided by General Hospitals
Adult Long-Term Institutional Care
Breast Imaging Services: Mammography
Burn Unit
Cardiovascular Services in Hospitals
Child and Adolescent Psychiatric Services provided by General Hospitals
Child and Adolescent Services in General Hospitals
Child and Youth Long Terms Services
Computed Tomography
Day Medicine
Day Surgery Unit
Dental Care Units in Hospitals
Diabetic Day Care Unit
Diagnostic Imaging Services and Systems, An Overview
Diagnostic Ultrasound Facilities in Hospitals
Emergency Services in Hospitals
End Stage Renal Disease Program
Geriatric Day Hospitals
Geriatric Unit in a Hospital
Intensive Care Unit
Magnetic Resonance Imaging
Nuclear Medicine in Hospitals
Palliative Care Services in Hospitals
Patient Hostel Unit
Perinatal Intensive Care Units in a Perinatal Care Network
Pre-hospital Emergency Care Service
Pulmonary Function Laboratories
Rehabilitation Medicine Program
Respiratory Therapy Service
Spinal Cord Injury Program
Stroke Program
The Reuse of Disposables: An Information Report

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Canada

Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires

Guide

RAPPORT DU SOUS-COMITÉ SUR
LES GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES
INSTITUTIONNELS

DIRECTIVES POUR L'ÉTABLISSEMENT DE NORMES
RÉGISSANT LES UNITÉS/SERVICES/PROGRAMMES
DANS LES INSTITUTIONS

PROGRAMME DE TRAITEMENT DES ACCIDENTS CÉRÉBRO-VASCULAIRES

Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé

Publication autorisée par le Ministre
de la Santé nationale et du Bien-être social
1986

Also available in English under the title
"Stroke Program"

IMPORTANT

Les renseignements contenus dans ce guide étaient d'actualité au moment de leur publication. Il faut donc garder à l'esprit, lorsqu'on le consulte, que certains aspects des techniques utilisées en médecine changent rapidement. Si vous trouvez certaines données périmées dans ce texte, veuillez en informer :

Le secrétariat
Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

On peut obtenir d'autres exemplaires de ce guide, en anglais ou en français, à l'adresse ci-dessus.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986
N° de cat. H39-22/1986F
ISBN 0-662-94041-5

TABLE DES MATIÈRES

	PAGE
INTRODUCTION	v
LISTE DES PARTICIPANTS	ix
PRÉAMBULE	1
NORMES	2
GÉNÉRALITÉS	2
1. Nombre de malades et lits requis	3
2. Répartition recommandée des unités	4
3. Politique, procédures et contrôle administratifs	4
4. Constitution des effectifs et couverture des services	7
5. Formation du personnel et qualifications requises	9
6. Autres ressources, départements et services	9
7. Répartition et utilisation de l'espace, caractéristiques spéciales du plan d'aménagement	11
8. Appareillage	12
9. Relations avec les autres services et départements	12
RÉFÉRENCES	13

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

PAGE

ANNEXES

ANNEXE A — Organisation, politiques et procédures administratives — 14

ANNEXE B — Liste des guides régissant les unités/services/programmes dans les hôpitaux — 19

INTRODUCTION

Historique

Les progrès de la technologie de la santé et les changements apportés à la planification et à la prestation des soins de santé ont contribué à l'accroissement de la demande de services et d'installations spécialisés dans les établissements. Au cours des dernières décennies, l'évolution technologique rapide dans les domaines de l'électronique et de l'automatisation ainsi que l'application de nouvelles techniques de traitement des malades ont entraîné une augmentation très considérable du nombre des installations et des services consacrés aux soins intensifs et spécialisés dans les hôpitaux. Ces changements ont créé une demande d'installations matérielles, d'appareils spécialisés et de main-d'oeuvre sanitaire hautement qualifiée. De plus, les professionnels des soins de santé insistent de plus en plus sur la nécessité d'un continuum de soins, allant de la prévention des maladies jusqu'à la mise en place de services de soins pour malades chroniques dans la collectivité, et incluant même les soins dispensés en établissement. Aussi doit-on prendre des mesures afin de s'assurer que tous ces services s'enchaînent bien les uns aux autres, et veiller à continuellement mettre à la disposition des personnes chargées de planifier, d'organiser et de mettre en place les programmes et services en établissement des guides qui leur permettent de bien s'acquitter de leurs fonctions.

Mandat

En 1972, les autorités compétentes en matière de santé au Canada ont jugé qu'un orientation devait être donnée aux décideurs dans ce domaine. Aussi le Comité consultatif fédéral-provincial de l'Assurance-hospitalisation a-t-il confié au Groupe de travail sur les services spéciaux dans les hôpitaux le soin de créer des guides relatifs aux normes devant régir un certain nombre d'installations et de services de soins spéciaux.

Le Groupe de travail a élaboré des guides pour 14 unités et services. Ces derniers ont été publiés en 1975 sous le titre de "Guides des soins spéciaux dans les hôpitaux". Ce document a fait l'objet d'une large diffusion auprès des administrations sanitaires et hospitalières des provinces ainsi que des organismes de santé, tant à l'échelon national qu'international, et beaucoup l'ont adopté comme guide.

L'évolution constante des techniques médicales et l'apparition de nouvelles techniques, ainsi que les changements intervenus dans le mode de prestation des soins, ont exigé une remise à jour des guides de 1975 et l'élaboration d'un certain nombre de guides applicables à d'autres secteurs. En mai 1982, le Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux a accordé au groupe de travail un statut permanent de sous-comité. Le Groupe de travail est alors devenu, dans un premier temps, le Sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux, après quoi, la portée de son travail ne cessant d'augmenter, il a été rebaptisé en 1985 Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels. Vous trouverez, en annexe, une liste complète des guides déjà publiés par le Sous-comité, ou en voie de préparation.

Méthodologie

Les guides publiés en 1975 ont été élaborés à partir d'un ensemble d'informations, de connaissances, d'expériences et d'avis d'experts, le tout émanant d'organismes et de spécialistes canadiens. Les auteurs se sont inspirés, autant que possible, de directives élaborées au Canada ou provenant de sources autorisées d'autres pays. De façon générale, les gouvernements, les administrateurs d'hôpitaux et les spécialistes de la santé se sont montrés favorables à cette approche.

Les présents guides ont été préparés suivant la même méthode. Les auteurs ont non seulement compté sur l'apport des instances provinciales, mais

ont aussi recueilli les avis informés de spécialistes de la santé, par le truchement de représentants officiels d'organismes nationaux spécialisés dans le domaine de la santé et représentant les différents secteurs d'activité qu'on retrouve au sein de chaque service. Il ne fait pas de doute que des centaines de spécialistes de toutes les régions du pays ont ainsi été à même d'apporter à ces guides le fruit de leur expérience et les guides, en conséquence, reflètent véritablement un consensus canadien.

Objet proposé des guides

Les guides ne doivent pas être considérés comme des normes rigides. Leur application peut varier d'une province à l'autre au Canada, chacune ayant la prérogative de les accepter, de les modifier ou de les rejeter selon ses priorités.

Ces lignes directrices serviront à définir les besoins d'un certain nombre d'installations et de services qu'on trouve en établissement, mais non à régir la pratique clinique.

Ces guides permettront aux décideurs de peser le pour et le contre des unités/services/programmes projetés, puisqu'ils les aideront à déterminer dans quelle mesure ces unités/services/programmes sont nécessaires et à évaluer leur impact potentiel total sur les services existants et projetés, tant sur le plan local que régional. Il peut arriver qu'on décèle des lacunes dans les services en place et qu'on puisse les corriger sans créer une nouvelle unité ou un nouveau programme.

Dans le cas des établissements déjà dotés d'une unité, d'un service ou d'un programme, le guide aidera les responsables à déceler les problèmes relatifs à l'administration, au personnel, à l'appareillage et aux installations matérielles. Il aidera également à déterminer les mesures correctives requises et leur ordre de priorité, en fonction des besoins cliniques, des contraintes d'ordre financier

et des effets d'une déficience des installations matérielles sur le fonctionnement normal de l'unité/service/programme.

Révisions à venir

Étant donné les changements rapides qui ont cours dans le domaine de la santé, les guides devront être révisés régulièrement. C'est le Sous-comité qui assumera cette responsabilité.

Remerciements

Le Sous-comité présente ses remerciements les plus sincères aux professionnels de la santé du Canada qui l'ont assisté dans sa tâche. Il souligne avec gratitude l'énorme travail qu'ils ont accompli pour lui et le temps considérable qu'ils ont dû consacrer à cette tâche. Enfin, il remercie tous les autres intervenants qui l'ont secondé dans ses efforts en lui fournissant conseils et informations.

LISTE DES PARTICIPANTS

Le Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, chargé d'établir les directives nouvelles et les mises à jour contenues dans le présent ouvrage, était composé des personnes suivantes :

M. Donald F. Moffatt, président
Directeur
Division des services en établissement et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. William M. Alwood
Sous-ministre adjoint
Division des services assurés
Ministère de la Santé
FREDERICTON (Nouveau-Brunswick)

M. Derek J. Beckley
Directeur
Direction de la planification des programmes
Services hospitaliers
Commission des Services hospitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

M^me^ Primrose Bishop
Conseillère en soins infirmiers
Division des services hospitaliers
Ministère de la Santé
ST. JOHN'S (Terre-Neuve)

D^r^ Gordon A. Judge
Vice-président
Services professionnels
Hôpital Toronto Western
TORONTO (Ontario)

M^me^ Phyllis MacDonald
Préposée aux normes
Division des établissement urbains de santé
Commission des services de santé
du Manitoba
WINNIPEG (Manitoba)

D^r^ Jules Martin
Directeur
Services professionnels
Centre hospitalier régional De Lanaudière
JOLIETTE (Québec)

M. David L. Martin
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et
des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. André Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement et
des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

D^r^ Robert Seaver
Conseiller médical principal
Division institutionnelle
Direction consultative des programmes
Ministère de la Santé
TORONTO (Ontario)

M^me Janet Stow
Gestionnaire de projets
Division des services en établissement et
des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de la
promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES AUX VICTIMES D'UN ACCIDENT CÉRÉBRO-VASCULAIRE (DÉMANTELÉ)

Les premières directives sur les services aux victimes d'un accident cérébro-vasculaire ont été élaborées pour le Sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux par un groupe de travail composé, entre autres, des spécialistes suivants :
M^me^ B. Browne (Hamilton, Ontario), M. le Docteur D. Collins (Toronto, Ontario), M. le Docteur V. Hachinski (London, Ontario), M. M.M. Hayes (Wingham,Ontario), M. le Docteur C.A. Judge (Toronto, Ontario) et M^me^ A.N. O'Leary Brochu (Santé et Bien-être social Canada, Ottawa).

RÉVISION DE 1986

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SERVICES AUX VICTIMES D'UN ACCIDENT CÉRÉBRO-VASCULAIRE

Le Groupe de travail sur les services aux victimes d'un accident cérébro-vasculaire chargé de réviser les directives élaborées en 1979 était composé des personnes suivantes :

M^me^ Christie Benchley
Représentante de l'Association canadienne des ergothérapeutes
Hôpital Lyndhurst
TORONTO (Ontario)

D^r^ Peter Cameron
Secrétaire trésorier de l'Association canadienne de médecine physique et de réadaptation
LONDON (Ontario)

D^r Eric Dehoux
Physiatre
Centre régional de réadaptation Royal d'Ottawa
Hôpital Royal d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

M^me Virginia Edmonds
Division de neurochirurgie
Hôpital Western de Toronto
TORONTO (Ontario)

M^me Elaine Macleod
Gestionnaire
Services de réadaptation
Direction des programmes spéciaux
Commission des services hospitaliers de l'Alberta
EDMONTON (Alberta)

M. David L. Martin
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M. André H. Nolet
Expert-conseil en administration de la santé
Division des services en établissement
et des services professionnels
Direction des services de santé
Direction générale des services et de
la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
OTTAWA (Ontario)

M^me^ Marguerite Pascal
Directrice
Direction des soins infirmiers de réadaptation
Centre régional de réadaptation Royal d'Ottawa
Hôpital Royal d'Ottawa
OTTAWA (Ontario)

M^me^ Barbara Purves
Représentante de l'Association canadienne
d'orthophonie et d'audiologie
Centre de la Science Santé
Université de la Colombie-Britannique
VANCOUVER (Colombie-Britannique)

M^me^ Gwenn Robert
Directrice générale
(pratique clinique)
Représentante de l'Association canadienne
de physiothérapie
TORONTO (Ontario)

D^r^ David L. Spence
Hôpital Victoria
Campus Westminster
LONDON (Ontario)

PROGRAMME DE TRAITEMENT DES ACCIDENTS CÉRÉBRO-VASCULAIRES

Préambule

Parce que l'on mène une lutte efficace contre l'hypertension artérielle, la fréquence rectifiée selon l'âge des accidents cérébro-vasculaires a beaucoup diminué au cours des 10 dernières années. Toutefois, le problème va demeurer important, parce que, par suite du vieillissement de la population, on peut s'attendre à ce que le nombre absolu de victimes d'un accident cérébro-vasculaire demeure élevé. En outre, par suite d'un contrôle efficace de la tension artérielle, la répartition des accidents cérébro-vasculaires selon la cause est en train de changer : un pourcentage beaucoup plus faible qu'avant d'accidents cérébro-vasculaires sont attribuables à une hémorragie cérébrale, ce qui signifie qu'un pourcentage croissant d'accidents cérébro-vasculaires seront attribuables à d'autres causes, dont l'athérosclérose carotidienne. Il est donc devenu encore plus important d'émettre tôt un diagnostic exact pour déterminer quels soins aigus sont nécessaires.

Les changements apportés récemment à la façon d'émettre un diagnostic et de traiter les victimes d'un accident cérébro-vasculaire contribuent peut-être à l'abaissement du taux de mortalité attribuable aux accidents cardio-vasculaires (1). Des études effectuées dans une unité de soins aigus pour les victimes d'un accident cérébro-vasculaire ont révélé que l'état de beaucoup de malades empire après leur admission, mais que ceux-ci peuvent guérir (2).

Puisque la gravité des accidents cérébro-vasculaires varie beaucoup d'une personne à l'autre, allant de l'ischémie transitoire à l'accident très grave, tous les malades n'ont pas besoin d'être traités de la même façon. Il se peut qu'un programme souple de traitement des accidents cérébro-vasculaires permette mieux qu'une unité figée d'atteindre les objectifs du traitement des accidents cérébro-vasculaires.

PROGRAMME DE TRAITEMENT DES ACCIDENTS CÉRÉBRO-VASCULAIRES

NORMES

GÉNÉRALITÉS

OBJECTIFS DES DIVERSES PHASES DU TRAITEMENT

Diagnostic :

Lors du premier examen, il s'agit d'exclure les causes d'origine non vasculaire (par exemple, métabolisme, infections, néoplasme, traumatismes) de troubles cérébraux aigus, de différencier l'hémorragie de l'infarctus, de découvrir toute source cardiaque d'embolie (qui nécessiterait le recours à un anticoagulant) et de déceler tout autre trouble aigu qui doit être soigné (comme l'infarctus du myocarde qui se produit dans 8 % des cas).

Il peut être nécessaire d'utiliser des techniques diagnostiques (par exemple l'angiographie) pour déterminer l'étiologie et la pathogenèse de l'accident cérébro-vasculaire, afin de prescrire un traitement et de prévenir une rechute.

Services d'appoint :

Les victimes d'un accident cérébro-vasculaire qui met leur vie en danger peuvent souffrir de troubles cardio-vasculaires et respiratoires nécessitant des services d'appoint qu'une unité de soins intensifs serait le mieux en mesure d'offrir de façon adéquate.

Traitement visant à réduire le plus possible l'étendue des lésions cérébrales :

L'utilisation d'inhibiteurs de canaux calciques, de neutralisants de radicaux libres, etc., et un traitement visant à réduire l'oedème cérébral sont des domaines de recherche en évolution. Il serait souhaitable que de tels traitements soient utilisés dans un milieu où les malades sont surveillés, afin d'éviter

une prolifération de thérapies non éprouvées et peut-être nuisibles.

Traitement visant à réduire le plus possible l'étendue du handicap :

Des services de réadaptation adaptés aux progrès des malades devraient être offerts dès que possible à ces derniers.

La prévention des troubles évitables (par exemple : subluxation de l'épaule, décubitus, contractures) commence par une évaluation des possibilités de réadaptation dès la phase de traitement dans l'unité de soins intensifs et continue durant le séjour à l'hôpital et la phase de traitement à la consultation externe.

Prévention d'une rechute :

Pour prévenir une rechute, il faut d'abord émettre un diagnostic exact; plus tard, on établira un programme de sortie permettant de continuer à aider le malade externe à réduire ses facteurs de risque.

1. NOMBRE DE MALADES ET LITS REQUIS

La fréquence des accidents cérébro-vasculaires au Canada n'est pas connue. En se fondant sur des données américaines, on peut penser que, chaque année, de 150 à 250 nouveaux cas d'accidents cérébro-vasculaires par 100,000 habitants seront signalés au Canada (2). Les nombres estimatifs ci-dessous de lits requis ont été établis en fonction de 250 accidents cérébro-vasculaires pour 100,000 habitants par année.

Lorsque c'est possible, il est souhaitable que les personnes victimes ou menacées d'un accident cérébro-vasculaire soient admises dans une salle spéciale de soins aigus. Les malades dont l'état n'est pas stable peuvent devoir être transférés provisoirement dans une unité de soins intensifs. Si l'on suppose que 20 % des malades auront besoin d'être

admis dans une unité de soins intensifs pendant 4 jours (en moyenne), que 90 % (les personnes admises moins les personnes décédées prématurément) passeront 14 jours dans un lit de soins aigus et 30 % passeront 40 jours en moyenne dans un lit de réadaptation, et que nous évaluons aussi le taux d'occupation à 80%, les besoins en lits par année, pour 100 000 habitants, seront donc les suivants :

0,7 lit de soins intensifs (200 jours-lits de soins intensifs)
11 lits de soins aigus
10 lits de réadaptation pour victimes d'accident cérébro-vasculaire

On peut s'attendre à ce que 20 % des malades (c'est-à-dire 50 malades par année, par 100 000 habitants) aient besoin de recevoir des soins dans un établissement pour malades chroniques.

Il se peut qu'on ait besoin de plus de lits d'hôpital, s'il est impossible de placer les malades dans un établissement adéquat. De même, il se peut que la durée de la phase de réadaptation du malade se prolonge, si celui-ci ne dispose pas des ressources adéquates dans sa collectivité.

2. RÉPARTITION RECOMMANDÉE DES UNITÉS:

À l'exception d'endroits éloignés, un programme régional de traitement des accidents cérébro-vasculaires devra servir un bassin minimum de population de 300 000 personnes.

3. POLITIQUE, PROCÉDURES ET CONTRÔLE ADMINISTRATIFS[1]

3.1 Direction médicale du programme

On devra nommer un directeur médical de programme chargé de l'organisation et de la gestion générale des

---

[1] Voir également l'annexe A, p. 14

services diagnostiques et thérapeutiques. Il devra s'occuper, entre autres choses, de l'élaboration de la politique et des procédures, de la planification, de la dotation en personnel, de l'éducation, de la recherche, de l'évaluation et de la défense des droits des malades dans les établissements et organismes touchés.

3.2 Organisation du programme

L'organisation du programmes peut varier d'une région à l'autre. Ainsi, le programme pourra consister d'unités individuelles situées dans différents hôpitaux, mais toutes travailleront et coopéreront ensemble pour former un système de soins formel, bien intégré et coordonné.

La gestion du traitement devrait se faire suivant une approche systématique et pluridisciplinaire, incorporant des politiques et procédures mises au point en collaboration par des spécialistes de toutes les disciplines concernées. Ces politiques et procédures devraient mettre en relief le continuum de soins et non répartir ces derniers en catégories distinctes, afin d'assurer aux malades un programme de soins efficace.

Dans tous les cas, la phase de soins aigus du programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires devrait se dérouler dans des hôpitaux disposant d'un tomodensitomètre et d'autre matériel diagnostique et d'appoint. La phase de réadaptation peut se dérouler, en partie, dans d'autres hôpitaux de la région, y compris des hôpitaux de réadaptation. Idéalement, ces autres installations de réadaptation devraient réserver au moins cinq lits à la réadaptation des victimes d'un accident cérébro-vasculaire.

Lors de l'élaboration d'un programme de sortie détaillé et complet, on s'assurera que tous les services requis par le malade lui seront offerts par l'établissement qui le recevra ou par le programme auquel il participera.

Au cours de la période qui suit la phase de réadaptation et de façon à maintenir le patient à un niveau fonctionnel optimal, des services de soins en établissement et communautaires sont nécessaires aux malades et à leur famille.

Le programme devrait prévoir des mécanismes de prestation de soins post-hospitaliers, de vérification de la qualité et d'évaluation du système de traitement des accidents cérébro-vasculaires et des résultats obtenus. De plus, le programme devrait promouvoir et évaluer la recherche sur tout ce qui touche aux accidents cérébro-vasculaires et à leur prévention.

3.3 Responsabilités du personnel

Pour le type de programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires dont il est ici question, il est essentiel d'embaucher suffisamment de personnel capable d'une grande autonomie et possédant beaucoup de maturité professionnelle, ce qui lui permettra d'assumer ses responsabilités.

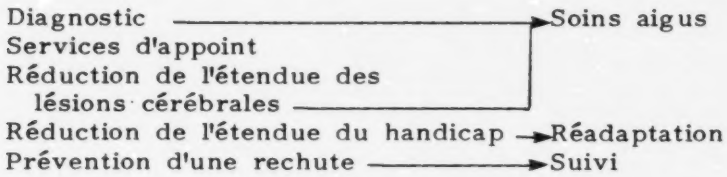
Les fonctions et responsabilités de chaque catégorie de personnel devraient être exposées par écrit et chaque membre du personnel devrait pouvoir consulter facilement ce document. Pour assurer la continuité des soins et la cohérence de l'approche choisie, le personnel doit faire preuve d'une certaine souplesse quant au rôle qu'il doit jouer. Le personnel devrait être prêt à s'engager à travailler dans un contexte interdisciplinaire. Un engagement à long terme est souhaitable, pour que l'uniformité des services soit préservée.

Tous les membres du personnel doivent faire partie de l'équipe chargée de soigner les victimes d'un accident cérébro-vasculaire et ils doivent se garder du temps pour les réunions interdisciplinaires, les réunions avec les familles, l'élaboration du programme, des exposés éducatifs à la collectivité et la formation permanente.

4. CONSTITUTION DES EFFECTIFS ET COUVERTURE DES SERVICES

4.1 Directeur médical du programme et personnel médical:

Le directeur médical du programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires coordonnera l'intégration des cinq phases du programme.



Le directeur médical devrait être un médecin qualifié, préférablement un physiatre, neurologue ou interniste.

Les services de soins aigus devraient être dispensés par un médecin possédant les competences voulues, comme un neurologue ou un interniste.

L'hôpital ou l'unité de réadaptation pour victimes d'un accident cérébro-vasculaire devrait être doté d'un médecin possédant les compétences voulues (de préférence un physiatre). Celui-ci devrait également jouer un rôle de conseiller auprès du médecin de famille et assumer la responsabilité de la coordination du programme de réinsertion communautaire du malade.

Le médecin de famille sera le médecin traitant du malade une fois ce dernier sorti de l'unité ou de l'hôpital de réadaptation et il devra pouvoir consulter facilement les personnes qui étaient conseillers médicaux lors des phases précédentes du traitement des accidents cérébro-vasculaires. Des mesures satisfaisantes pour le médecin de famille et les conseillers devraient être prises afin d'assurer un suivi permettant la prévention des rechutes et la réadaptation.

On recommande que le personnel médical soit chargé d'élaborer des programmes de recherche et d'enseignement dans leur domaine respectif.

4.2 Autres membres de l'équipe interdisciplinaire:

4.2.1 Gestion des soins aigus et de réadaptation

Durant la phase initiale des soins aigus, le malade peut nécessiter des soins infirmiers continuels. Des spécialistes de l'ergothérapie, de la physiothérapie, du service social et de l'orthophonie doivent pouvoir être consultés durant la totalité de cette phase. On recommande que le personnel utilisé pour cette phase soit également utilisé pour la phase de réadaptation.

Comme règle général par ailleurs, le nombre et la catégorie de personnel soignant pour les phases aigue et de réadaptation sont basés sur une évaluation des besoins du patient. Ainsi, on établira par un système de classification des patients, les besoins de personnel infirmier et par un système approprié de mesure de la charge de travail, les besoins de personnel pour les autres disciplines paramédicales.

Le personnel soignant inclut normalement des infirmiers/ières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et travailleurs sociaux. L'équipe interdisciplinaire peut également comprendre d'autres spécialistes suivant les besoins des malades (voir la section 6). Autre personnel et services d'appui (par ex. secrétariat) devront être fournis, selon les besoins du programme.

4.2.2 Gestion des services communautaires

Le service de traitement des accidents cérébro-vasculaires doit recommander des mesures visant à aider les malades à vivre de manière autonome à l'extérieur d'un établissement quelconque. Les personnes doivent disposer de services communautaires à long terme adéquats et faciles à obtenir.

5. FORMATION DU PERSONNEL ET QUALIFICATIONS REQUISES

5.1 Personnel médical et interdisciplinaire

Le personnel médical et les membres de l'équipe interdisciplinaire devraient avoir des compétences reconnues dans leur domaine respectif de spécialisation et manifester de l'intérêt pour le traitement des victimes d'un accident cérébro-vasculaire. Le fait pour les personnes pressenties d'avoir suivi un cours de formation pertinent, d'avoir acquis de l'expérience dans le domaine ou d'avoir manifesté des aptitudes pour les fonctions à remplir constitue un atout certain.

5.2 Éducation permanente

Pour assurer un niveau de qualité des soins et de compétence professionnelle satisfaisant, on devrait offrir à tout le personnel un programme d'éducation complet, incluant des conférences, des tournées auprès des malades, des réunions d'études, des cours donnés à l'hôpital, des ateliers, des visites spéciales et des cours de formation universitaire de niveau supérieur lorsque c'est possible. Il faudrait envisager d'organiser un programme itinérant à l'intention des établissements qui collaborent, afin de promouvoir l'éducation permanente et, en particulier, d'aider les petits établissements.

6. AUTRES RESSOURCES, DÉPARTEMENTS ET SERVICES

Les services requis varieront d'une unité à l'autre, selon les besoins de chacune. Certains professionnels seront affectés à l'unité, tandis que d'autres agiront à titre de conseillers à partir d'un autre département de l'établissement ou de la collectivité.

Les ressources considérées comme nécessaires durant la phase aigue du traitement des accidents cérébro-vasculaires peuvent également être requises lors de la phase de réadaptation.

Phase aigue :

Laboratoire des affections cardiorespiratoires
Pharmacologie clinique
Visualisation diagnostique - tomodensitométrie, neuroradiologie, angiographie
Électrocardiographie
Électroencéphalographie
Électromyographie
Laboratoires (y compris biochimie, hématologie et bactériologie)
Neuropsychologie
Neuropathologie
Examen cardio-vasculaire non sanglant (examens au doppler, échocardiographie)
Médecine nucléaire
Technologie des sciences respiratoires

Phase de réadaptation :

Audiologie
Génie biomédical
Service de pastorale
Services de santé communautaire et de soins à domicile
Services de diététique
Cours de conduite automobile
Services éducatifs
Services d'orthétique
Service de transport pour malades externes gravement handicapés
Pharmacie
Services de psychologie
Services récréatifs
Technique de réadaptation
Service d'orientation pour les questions d'ordre sexuel
Services de formation professionnelle

7. RÉPARTITION ET UTILISATION DE L'ESPACE - CARACTÉRISTIQUES SPÉCIALES DU PLAN D'AMÉNAGEMENT[2]

7.1 Espace réservé aux malades :

Pour la phase des soins aigus, l'espace ordinairement alloué aux malades ou aux opérés est acceptable. Durant la phase de réadaptation, il faut allouer plus d'espace à chaque patient, afin que celui-ci puisse passer facilement de son fauteuil roulant à son lit et vice versa et que le matériel puisse être disposé de manière à ce que le malade puisse s'en servir, quels que soient ses déficits physiques ou sensoriels.

7.2 Caractéristiques spéciales du plan d'aménagement :

Toutes les aires doivent être accessibles (salles de bain et toilettes spéciales, penderies munies de tringles basses accessibles à partir d'un fauteuil roulant, miroirs de salles de bain inclinables, etc.). Pour plus de renseignements sur les caractéristiques spéciales du plan d'aménagement, on devrait consulter les codes national et provinciaux du bâtiment, ainsi que les lignes directrices sur l'aménagement et les lois connexes sur la santé et la sécurité.

En outre, on devrait envisager de créer :

---

[2] Pour obtenir plus d'informations sur les plans et l'aménagement de l'espace ainsi que des définitions des superficies nettes et brutes, le lecteur peut consulter d'autres sources, notamment : Méthodologies d'utilisation de l'espace, Division de la planification des établissements de santé, Direction des ressources en santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1984.

- des "aires tranquilles" exemptes de distractions, pour l'évaluation des cas et le traitement des malades;

- des aires privées pour répondre aux besoins d'intimité des malades et de leur famille;

- une salle polyvalente de réunions ou de conférences pour favoriser la communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et la planification;

- des espaces suffisants de rangement pour l'appareillage.

8. APPAREILLAGE

La liste des appareils requis pour les diverses phases du programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires devrait refléter la philosophie de ce dernier et les rôles des différents services qui composent l'unité. Le matériel requis pour que toutes les étapes du programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires se déroulent bien est considérable et coûteux (aides techniques, ordinateurs, etc.). Les besoins particuliers en matériel varieront selon le programme.

9. RELATIONS AVEC LES AUTRES SERVICES ET DÉPARTEMENTS

Les services fréquentés par les malades externes devraient être situés à des endroits facilement accessibles. Lorsqu'une rampe est nécessaire, sa pente ne devrait pas excéder 1:12 de façon à ce qu'un malade en fauteuil roulant puisse l'emprunter sans danger. On devrait en outre veiller à ce que les malades puissent utiliser les aires de stationnement, et, de là, avoir accès aux services.

Les départements et services responsables du programme de réadaptation devraient envisager de conclure des ententes de partage des services de soutien.

RÉFÉRENCES

1. Nair Cyrill, Nicholls Eric, MacWilliam Leonard, MAO Yang et Moen Julian. "Les maladies cardio-vasculaires au Canada". Santé et Bien-être social Canada, Bureau de l'épidémiologie et Statistique Canada, Direction de la santé, 1986.

   "De 1971 à 1982, le nombre de décès attribuables aux accidents cérébro-vasculaires a diminué chaque année de 2,25 chez les hommes et de 2% chez les femmes".

2. Wade D.T., Hewer R.L., Skilbeck C.E., David R.M. "Stroke : a Critical Approach to Diagnosis, Treatment and Management". Chicago : Year Book Medical Publishers, 1985.

ORGANISATION, POLITIQUES ET PROCÉDURES ADMINISTRATIVES

Les lignes directrices touchant à l'organisation, aux politiques et aux procédures relatives aux unités/services/programmes (ci-après rapportés comme programme(s)) dans les hôpitaux ont été préparées à la suite d'un examen de l'information provinciale, nationale et internationale à ce sujet. Il serait souhaitable que ce schéma serve de guide à l'élaboration de politiques plus complètes et détaillées, de façon à assurer les meilleurs soins possibles aux malades de ces unités/services/programmes.

I. RÔLE ET OBJECTIFS

- Rôle et objectifs des programmes dans les hôpitaux

- Catégorie de malades soignés

  - selon le diagnostic ou l'état du malade
  - restriction dans les services aux malades s'il y a lieu (par exemple, malades en phase terminale)

- Services offerts dans le programme

II. ORGANISATION DU PROGRAMME

- Responsabilité du conseil d'administration

- Relations entre le programme, le directeur général et le personnel médical

- Gestion du programme

(i) Responsabilités du personnel

  - Directeur médical
  - Médecins
  - Personnel médical donnant des soins directs aux malades

- Autres membres du personnel (administratif, technique et autre)

(ii) Comités

- Membres (selon la discipline à laquelle ils appartiennent et leur nombre)
- Mandat à définir
- Communication, à titre consultatif, avec des membres du personnel hospitalier et médical
- Calendrier des réunions régulières et spéciales

III. POLITIQUES DE GESTION

1. Généralités

- Responsabilité de l'admission des malades (détermination des personnes ayant le pouvoir d'admettre les malades)

- Critères d'admission prioritaires :

  - État du malade
  - Diagnostic

- Congés accordés aux malades : lignes de conduite et planification

- Médicaments et méthodes (nouveaux) : mode d'autorisation

- Ordonnances de routine dans les cas d'admissions d'urgence

- Délégation d'autorité et de responsabilité au personnel (médecins, infirmières ou autres) en cas d'urgence

- Code d'éthique

- Prise en charge des situations d'urgence, avec réanimation cardio-pulmonaire au besoin

- Contrôle des infections et isolement des malades

- Durée du séjour selon le diagnostic

- Ordonnances médicales

- Soins palliatifs, détermination du décès, autorisation des autopsies, manipulation des dépouilles

- Dossiers des malades, rapports et diagrammes

- Orientation, consultations (obligatoires et autres), transfert, suivi

- Recherche/investigation clinique

- Ordonnance de routine à l'admission

- Surveillance de l'utilisation

2. **Personnel**

- Critères pour l'octroi de privilèges médicaux ou cliniques

- Délimitation des rôles respectifs des étudiants et des superviseurs en ce qui a trait aux responsabilités, aux pouvoirs et aux obligations des uns et des autres

- Services assurés par le personnel médical et les autres membres du personnel

- Orientation et éducation permanente

- Évaluation du rendement

- Descriptions de postes

- Critères de sélection : scolarité, expérience, intérêts

- Bénévoles

3. **Malades**

- Caractère confidentiel des renseignements
- Consentement à recevoir des traitements
- Participation de la famille
- Éducation des malades et des familles
- Droits des malades
- Effets, biens et valeurs des malades
- Privilèges de visite

4. **Sécurité**

- Entretien des appareils et sécurité
- Plans en cas d'incendie ou de désastre et procédures d'isolement connexes
- Procédures de recherche des malades qui manquent à l'appel et détermination des risques
- Signalement des accidents et incidents
- Sécurité et prévention des accidents
- Utilisation d'entraves

5. **Assurance de la qualité**

- Vérifications : soins médicaux et infirmiers, analyse actuelle et rétrospective
- Évaluation sur une base continue de l'efficacité des services
- Évaluation du rendement des employés

- Rapports sur les incidents
- Contrôle des infections
- Examen de la morbidité/mortalité
- Révision des soins aux malades
- Évaluation de l'état des malades au moment de leur admission et à leur sortie
- Examen par les pairs
- Normes régissant les pratiques
- Utilisation et évaluation des produits et des appareils

IV. PROCÉDURES

1. Techniques électives de soins (médicales, infirmières et autres)
2. Techniques et procédures en cas d'alerte
3. Méthodes de tenue des dossiers médicaux et de compilation des données statistiques
4. Manuels de politiques et de procédures

LISTE DES GUIDES RÉGISSANT LES UNITÉS/ SERVICES/PROGRAMMES DANS LES HÔPITAUX

Les guides suivants ont été établis sous l'égide du Sous-comité fédéral-provincial sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, à la demande du Comité consultatif fédéral-provincial des services en établissement et des services médicaux, à Ottawa. Quelques-uns de ces guides sont des versions mises à jour des normes déjà publiées par le Sous-comité.

Établissements de soins prolongés pour adultes
Hôtellerie pour malades
Imagerie du sein : mammographie
Imagerie par résonance magnétique
Laboratoire de la foncton respiratoire
La réutilisation des articles jetables : Document de travail
Programme de médecine physique et de réadaptation
Programme de traitement des accidents cérébro-vasculaires
Programme de traitement des lésions de la moelle épinière
Programme de traitement des néphropathies au stade terminal
Services cardio-vasculaires dans les hôpitaux
Services de soins palliatifs dans les hôpitaux
Services de toxicomanie dans les hôpitaux
Service d'inhalothérapie
Services d'urgence préhospitaliers
Services et systèmes de visualisation diagnostique : Vue d'ensemble
Services prolongés pour enfants et adolescents
Soins pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques aux adultes dispensés par les hôpitaux généraux
Soins psychiatriques pour enfants et adolescents dispensés par les hôpitaux généraux
Unité de chirurgie de jour
Unité d'écodiagnostic dans les hôpitaux

Unité de gériatrie dans les hôpitaux - hôpitaux de jour pour personnes âgées
Unité de médecine de jour dans les hôpitaux
Unité de médecine nucléaire
Unité de soins aux brûlés
Unité de soins dentaires en milieu hospitalier
Unité de soins de jour pour diabétiques
Unité de soins intensifs (réanimation)
Unités de soins intensifs périnataux dans un réseau de soins périnataux
Unité de tomodensitométrie
Unités d'urgence dans les hôpitaux